

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNÉE 1942

THÈSE

N° 118

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

**Abd-el-Kader BOUDERBALA**

Ancien Interne des Hôpitaux du Mans  
né le 22 juillet 1906, à Nabeul (Tunisie)

*Présentée et soutenue publiquement le* 4 JUIN 1942 *19*

---

Du Catheterisme à l'Endoscopie  
dans  
les Stenoses de l'œsophage

Essai de traitement des Sténoses  
par brûlures de l'œsophage  
par l'étincelage et la dilatation

---

*Président : M. LEMAITRE, Professeur*

---

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND & JEAN BERTRAND, ÉDITEURS  
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

—  
1942







FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNÉE 1942

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

**Abd-el-Kader BOUDERBALA**

Ancien Interne des Hôpitaux du Mans  
né le 22 juillet 1906, à Nabeul (Tunisie)

*Présentée et soutenue publiquement le* ..... 19.....

Du Catheterisme à l'Endoscopie  
dans  
les Stenoses de l'œsophage

Essai de traitement des Sténoses  
par brûlures de l'œsophage  
par l'étincelage et la dilatation

*Président : M. LEMAITRE, Professeur*

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND & JEAN BERTRAND, ÉDITEURS

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1942

I. — PROFESSEURS

MM.

|                                                                     |                   |
|---------------------------------------------------------------------|-------------------|
| Anatomie .....                                                      | ROUVIERE.         |
| Physiologie .....                                                   | Léon BINET.       |
| Physique médicale .....                                             | STROHL.           |
| Chimie médicale .....                                               | OLONOVSKI.        |
| Bactériologie .....                                                 | GASTINEL          |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale .....                  | BRUMPT.           |
| Pathologie et thérapeutique générales .....                         | BAUDOUIN.         |
| Pathologie médicale .....                                           | N...              |
| Pathologie chirurgicale .....                                       | QUENU             |
| Anatomie pathologique .....                                         | LEROUX.           |
| Histologie .....                                                    | CHAMPY.           |
| Pharmacologie et matière médicale .....                             | TIFFENEAU.        |
| Thérapeutique .....                                                 | AUBERTIN.         |
| Hygiène et médecine préventive .....                                | TANON.            |
| Médecine légale .....                                               | DUVOIR            |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie .....                    | LEVY-VALENSI.     |
| Pathologie expérimentale et comparée .....                          | Henri BENARD.     |
| Hydrologie thérapeutique et climatologie .....                      | CHIRAY.           |
| Clinique médicale .....                                             | ABRAMI.           |
|                                                                     | FIESSINGER.       |
|                                                                     | HARVIER.          |
|                                                                     | P. VALLERY-RADOT. |
|                                                                     | CATHALA           |
|                                                                     | Robert DEBRE.     |
| Hygiène et clinique de la première enfance .....                    | LAIGNEL-LAVASTINE |
| Clinique des maladies des enfants .....                             | GOUGEROT.         |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale ..... | GUILLAIN.         |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques .....               | LEMIERRE.         |
| Clinique des maladies du système nerveux .....                      | CADENAT.          |
| Clinique des maladies infectieuses .....                            | GOSSET.           |
| Clinique chirurgicale .....                                         | LENORMANT.        |
|                                                                     | MONDOR.           |
| Clinique ophtalmologique .....                                      | VELTER.           |
| Clinique urologique .....                                           | CHEVASSU.         |
|                                                                     | COUVELAIRE.       |
| Clinique d'accouchements .....                                      | LEVY-SOLAL.       |
|                                                                     | PORTES            |
| Clinique gynécologique .....                                        | MOCQUOT.          |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie .....                 | LEVEUF            |
| Clinique thérapeutique médicale .....                               | LOEPER.           |
| Clinique oto-rhino-laryngologique .....                             | LEMAITRE.         |
| Clinique thérapeutique chirurgicale .....                           | BROCC             |
| Clinique propédeutique .....                                        | M. VILLARET.      |
| Clinique de la tuberculose .....                                    | TROISIER.         |
| Clinique chirurgicale orthopédique .....                            | MATHIEU.          |
| Clinique de cardiologie .....                                       | DONZELOT.         |
| Clinique de neuro-chirurgie .....                                   | Clovis VINCENT.   |
| Assistance médico-sociale .....                                     | N...              |
|                                                                     | DOGNON.           |
|                                                                     | GIROUD.           |
|                                                                     | HAZARD.           |
| Professeurs sans chaire .....                                       | JAYLE.            |
|                                                                     | JOANNON.          |
|                                                                     | OLIVIER.          |
|                                                                     | VERNE.            |



## II. — AGREGES EN EXERCICE

### MM.

AMELINE ..... Pathologie chirurgicale.  
 BARIETY ..... Pathologie médicale.  
 BERNARD Etienne. Pathologie médicale.  
 BESANÇON (Justin). Hydrologie.  
 BONNET ..... Bactériologie.  
 BOULIN ..... Pathologie médicale.  
 BROUET ..... Pathologie médicale.  
 BULLIARD ..... Histologie.  
 CACHERA ..... Pathologie médicale.  
 CORDIER ..... Anatomie.  
 COSTE ..... Pathologie médicale.  
 COUVELAIRE (Roger). Urologie.  
 DELARUE ..... Anatomie pathologique.  
 DELAY ..... Pathologie médicale.  
 DEGRETZ (H.) .. Physique.  
 DESOILLE ..... Médecine légale.  
 DIGONNET ..... Obstétrique.  
 DOGNON ..... Physique.  
 FEVRE ..... Pathologie chirurgicale.  
 FUNCK-BRENTANO. Pathologie chirurgi-  
 cale.  
 GALLIARD ..... Parasitologie.  
 GARCIN ..... Pathologie médicale.  
 M<sup>me</sup> GAUTHIER-VILLARS. Anatomie pa-  
 thologique.  
 DE GENNES ... Pathologie médicale.

### MM.

HAGUENAU ... Pathologie médicale.  
 LACOMME ..... Obstétrique.  
 LANTUEJOUL.. Obstétrique.  
 LAVIER ..... Parasitologie.  
 LELONG ..... Pathologie médicale.  
 LEMAIRE ..... Pathologie expérimen-  
 tale.  
 LENEGRE ..... Pathologie médicale.  
 M<sup>me</sup> J. LEVY... Pharmacologie.  
 MARCHAL ..... Pathologie médicale.  
 MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.  
 MOLLARET ... Pathologie médicale.  
 MOUQUIN ..... Pathologie médicale.  
 PATEL ..... Pathologie chirurgicale.  
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirur-  
 gicale.  
 RENARD ..... Ophtalmologie.  
 RICHTER ..... Physiologie.  
 SENEQUE ..... Pathologie chirurgicale.  
 SICARD ..... Pathologie chirurgicale.  
 SOULIE ..... Pathologie médicale.  
 SUREAU ..... Obstétrique.  
 TURPIN ..... Pathologie médicale.  
 WILMOTH ..... Pathologie chirurgicale.

## III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

### MM.

ALGLAVE ..... Pathologie chirurgicale.  
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.  
 GUENIOT ..... Obstétrique.  
 HEITZ-BOYER.. Pathologie chirurgicale.  
 HUGUENIN .. Anat. Pathol.

### MM.

LE LORIER ... Obstétrique.  
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.  
 PIEDELIEVRE. Méd. lég.  
 VAUDESCAL .. Obstétrique.

# IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

| MM.            |                      | MM.           |                         |
|----------------|----------------------|---------------|-------------------------|
| ALAJOUANINE .  | } Clinique médicale. | BASSET .....  | } Clinique chirurgicale |
| BRULE .....    |                      | GATELLIER ... |                         |
| CHABROL .....  |                      | de GAUDART .. |                         |
| CHEVALLIER ..  |                      | d'ALLAINES..  |                         |
| LAROCHE (G.).. |                      | MOULONGUET..  |                         |
| LIAN .....     |                      | MOURE .....   |                         |
| MOREAU .....   |                      |               |                         |
| SEZARY .....   |                      |               |                         |

MM.

|              |                          |
|--------------|--------------------------|
| ECALLE ..... | } Clinique obstétricale. |
| VIGNES ..... |                          |

## V. — CHARGES DE COURS

MM.

|                            |                      |
|----------------------------|----------------------|
| CHAILLEY-BERT, agrégé .... | Education physique.  |
| LEDoux-LEBARD .....        | Radiologie clinique. |
| DECHAUME .....             | Stomatologie.        |
| N. ....                    | Puériculture.        |

---

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecote a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A Monsieur le Professeur LEMAITRE

Professeur de Clinique oto-rhino-laryngologique  
de la Faculté de Médecine de Paris.

Oto-Rhino-Laryngologiste de l'hôpital Lariboisière.

*Qui nous a fait l'honneur d'accepter  
la présidence de cette thèse. Hom-  
mage respectueux.*

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

A MES MAITRES DES HOPITAUX DU MANS

A Monsieur le Docteur PAUL DELAUNAY

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris  
Chef de service honoraire des Hôpitaux du Mans  
Membre de la Société française d'Histoire  
de la Médecine.

*A qui nous devons notre formation  
médicale et le goût de la recherche  
historique. Qu'il trouve ici l'expres-  
sion de notre reconnaissance.*

A Monsieur le Docteur JACQUES DIEU

Chirurgien honoraire des Hôpitaux du Mans

*Témoignage de notre reconnais-  
sance pour l'intérêt qu'il a bien voulu  
nous porter et pour l'amitié qu'il nous  
a prodiguée.*

A Monsieur le Docteur JACQUES MORDRET

Membre correspondant de la Société de Laryngologie  
des Hôpitaux de Paris

Laryngologiste des Hôpitaux du Mans.

*Qui nous a inspiré le sujet de cette  
thèse. Nous le prions de trouver ici le  
témoignage de notre gratitude pour  
les précieux conseils qu'il a bien  
voulu nous donner.*

A Monsieur le Docteur HENRI CHEREAU

Ophthalmologiste des Hôpitaux du Mans.

*Nous le prions d'accepter nos senti-  
ments de reconnaissance pour l'inté-  
rêt qu'il a bien voulu nous porter.*

A Monsieur RENÉ BARRELLIER

Chef du Service d'Odonto-Stomatologie  
des Hôpitaux du Mans.

*Qui a bien voulu nous honorer de  
son amitié et nous initier à l'art den-  
taire. Qu'il trouve ici l'expression de  
notre reconnaissance.*

## INTRODUCTION

Les brûlures de l'œsophage provoquent des réactions immédiates et des réactions tardives. Parmi les séquelles tardives, la plus dangereuse et qu'on enregistre souvent, est le rétrécissement survenant en quelques semaines ou plus tardivement encore. Son pronostic est sévère.

Cette éventualité, une fois établie, fait de l'accidenté un infirme qui voit son avenir en danger. C'est précisément contre cette éventualité que les médecins ont orienté, de tous temps, les moyens thérapeutiques. Si la méthode employée combat la sténose, le malade est sauvé, sinon, on a recours à des palliatifs qui prolongent la vie du malade pour un laps de temps, souvent minimisé. C'est alors que la chirurgie peut rendre des services.

La gastrectomie, tout en assurant la vie du malade, n'en fait pas moins un infirme qui s'alimentera, sa vie durant, par sa sonde gastrique. Et, comme la plupart, sinon la totalité de ces malades, appartiennent à l'enfance, on mesure les inconvénients d'une pareille thérapeutique.

Des chirurgiens adroits, autant qu'audacieux, ont réussi à créer un œsophage sous-cutané à des malades atteints de sténose. Cette méthode, pour être utile, n'est pas à la portée de tous les praticiens et demeure dans le domaine de la chirurgie future.

Classiquement, les rétrécissements par brûlures ont été traités, selon les auteurs et selon les cas, par les méthodes suivantes :

- L'électrolyse circulaire jointe ou non à la dilatation.
- Le bougirage simple.
- La sonde à mercure.
- Le procédé du fil sans fin.

Ayant eu à traiter, dans le service O.R.L. de l'Hôpital du Mans, plusieurs cas de sténoses de toutes sortes, nous leur avons appliqué la méthode diathermique : étincelage suivi ou non de dilatation. Parmi ces rétrécissements, quelques cas relevaient de tumeurs et les résultats ont été variables; par contre, dans les quelques cas de rétrécissements par brûlures, nous avons enregistré des succès, qui, pour ne pas être nombreux, n'en sont pas moins complets. Aussi, rapportons-nous, dans ce travail, quelques observations de sténose par brûlures traitées par l'étincelage et la dilatation.

Ce travail comprend quatre chapitres :

Dans le premier chapitre, nous faisons un rappel historique du traitement des sténoses œsophagiennes de toutes natures; les anciens auteurs, en effet, groupaient, sous le même vocable, les rétrécissements et seule l'autopsie en révélait la nature. Quant aux tumeurs, MORGAGNI les définissait ainsi : « Ce sont des tumeurs développées aux dépens des glandes muqueuses placées entre les tuniques de la trachée artère et dont les pertuis excréteurs s'ouvrent à la surface de la muqueuse trachéale. »

Dans le deuxième chapitre, nous faisons un rappel étiologique et diagnostique des sténoses par brûlures de l'œsophage.

Dans le troisième chapitre, nous parlons brièvement du traitement endoscopique des divers auteurs.

Enfin, dans le dernier chapitre, nous décrivons la méthode que nous avons adoptée.



## CHAPITRE PREMIER

### ETUDE HISTORIQUE DU TRAITEMENT DES STENOSES ŒSOPHAGIENNES : DU CATHETERISME A L'ENDOSCOPIE

Le 3 septembre 1837, M. BÉRARD, Professeur de physiologie à la Faculté de Médecine de Paris, présidait au Mans le Jury médical du département de la Sarthe. Le Docteur Esprit GENDRON, Docteur-Médecin à Château-du-Loir (Sarthe), membre du Jury médical du département de la Sarthe, était à ses côtés. Entre deux candidats, on parlait médecine, et notre docteur provincial s'intéressait « aux nouveautés médicales » de la capitale. Une question semblait l'intéresser tout particulièrement : c'est celle des rétrécissements de l'œsophage. N'a-t-il pas eu à traiter quelques cas de rétrécissements de toutes sortes par une méthode qui a soulevé des critiques parce que trop dangereuse?... Il en parla au Maître de Paris. Quelque temps après Esprit GENDRON reçut, du professeur BÉRARD, une observation avec l'autorisation de la publier. La voici :

« Une jeune femme avait bu, par mégarde, une cer-

taine quantité d'acide sulfurique, des accidents très graves suivirent immédiatement cet empoisonnement. Pendant plusieurs semaines, elle fut tourmentée de vomissements, avec sentiment de brûlures le long de la poitrine et à l'épigastre. Ces symptômes s'amendèrent et la malade put avaler, avec difficulté et digérer assez bien des aliments liquides et des bouillies très claires.

« La dysphagie fit des progrès, et la crainte de ne pouvoir bientôt plus rien avaler conduisit cette femme à l'Hôpital Saint-Antoine. M. BÉRARD constata à l'aide de sonde en gomme élastique un double rétrécissement de l'œsophage; tous les deux étaient situés dans la partie embrassée par le médiastin, le premier correspondant aux premières vertèbres dorsales, le second très rapproché du cardia.

« Pendant deux mois, la malade fut soumise, à l'Hôpital même, au cathétérisme de l'œsophage pratiqué avec de longues sondes en gomme élastique ne dépassant pas la grosseur des sondes urétrales, et que parfois on laissait séjourner pendant une demi-heure. Leur calibre, lentement gradué, n'opéra que lentement la dilatation des points rétrécis.

« Il y eut des alternatives d'amélioration pendant lesquelles le cathétérisme était négligé, et des rechutes pour lesquelles il était repris.

« La malade sortit de l'Hôpital guérie en apparence et fut forcée, chez elle, de revenir plusieurs fois à l'usage des sondes qu'elle passait elle-même et gardait quelques instants.

« L'on arriva, par ces moyens, à obtenir une guérison que le temps a confirmée.

« Plusieurs fois, M. BÉRARD poussa la sonde presque dans l'estomac, peu de temps après l'injection d'aliments liquides. Il a observé alors le reflux et leur écoulement en jet par le pavillon de la sonde. »

Esprit GENDRON ajoute : « Cette observation est une preuve de plus de l'utilité du cathétérisme de l'œsophage; en la comparant à celle de la femme Méchin, l'on voit qu'une dilatation promptement graduée est préférable au séjour incommode de sondes qui ne peuvent rester à demeure qu'à la condition de ne pas ou de peu dilater. L'on obtient donc, par la méthode que nous avons employée, une guérison plus prompte et plus sûrement exempte de rechutes. »

Ainsi GENDRON est-il un partisan résolu des cathétérismes.

De tous temps, les médecins qui avaient à traiter des sténoses œsophagiennes n'ont pas manqué de comparer les obstacles au passage des aliments à ceux des urines traversant l'urètre; et naturellement, ils ont eu l'idée d'essayer les mêmes moyens pour combattre ces obstacles. Mais il fallait tout d'abord alimenter les malades atteints de sténose de l'œsophage pour ne pas les voir dépérir; ce fut la principale préoccupation de certains médecins.

CAPO DI VACCA, mort en 1589, médecin et professeur à l'Université de Padoue, a exposé une méthode restée célèbre longtemps sous le nom de méthode « Capi-Vaccienne ».

Voici ce qu'il conseillait : « Quand les malades ne

peuvent avaler, dit-il, il faut porter dans l'œsophage une canule afin de faire passer les aliments. Mais, si l'œsophage est enflammé, cette canule l'irrite trop. Je conseille donc de ne point user, à moins d'une grande nécessité. J'aime mieux qu'on adapte quelque instrument en forme de chalumeau porté dans l'œsophage et dont l'autre extrémité est fixée à une vessie remplie de potion alimentaire, qu'une forte pression fait pousser dans l'œsophage. J'ai vu plusieurs malades désespérés et mourant de faim rétablis grâce à ce petit conduit. »

Ainsi, notre auteur se préoccupe d'alimenter son malade, sans trop se soucier de l'obstacle œsophagien.

MAUCHARD (1696-1751) rapporte une observation de MENNES concernant un malade âgé de 30 ans, sujet depuis trois ans à « l'engorgement des amygdales et de constriction de l'œsophage ». « La constriction de l'œsophage empirant toujours, écrivait-il, la crainte continuelle de la suffocation et la faim poussèrent le malade aux moyens violents.

« Pendant quatorze jours, il supporta, avec une très grande gêne et sans aucun fruit, une sonde enduite d'onguent, plus longue qu'un empan, plus large que le calibre du canal à dilater qu'un candidat en médecine avait placée dans l'œsophage et fixée par un lien roulé autour des oreilles afin qu'elle ne tombât pas dans l'estomac. » C'est ainsi que notre candidat à la médecine espérait vaincre l'obstacle, mais le résultat ne fut pas très heureux, et le malade dut

subir un cathétérisme à l'aide d'une baleine portant une éponge huilée, pratiqué par MENNES lui-même.

MAUCHARD pousse plus loin la comparaison entre l'œsophage et l'urètre ou les voies lacrymales. Il conseille le tube décrit par FABRICE de HILDEN (sonde courbe percée d'un grand nombre d'ouvertures et garnie d'une éponge à son extrémité œsophagienne).

MONDIÈRE conseille, en même temps que le cathétérisme, les cautérisations. « Dans les rétrécissements de l'œsophage, comme dans ceux de l'urètre, la cautérisation compte des succès et plus complets et plus nombreux que la dilatation par les sondes. Mais ces faits sont-ils en assez grand nombre pour justifier la méthode thérapeutique en usage et que beaucoup de chirurgiens ont regardée comme plus dangereuse que la maladie qu'elle est appelée à combattre? Nous ne craignons pas de répondre par l'affirmative, nous basant sur des succès incontestables obtenus, sur la presque inocuité de la cautérisation de l'œsophage démontrée par ce que nous avons dit plus haut; enfin, sur ce que les rétrécissements de cet organe, qui ne cèdent que difficilement à l'emploi de sondes, vouent à une mort certaine et souvent très prompte les malades qui en sont affectés. »

VATER rapporte l'histoire d'une sténose non tumorale... « Un chirurgien porte dans l'œsophage une baleine garnie d'une éponge... l'instrument pénètre dans l'estomac et ramène une goutte de sang. » A l'autopsie de ce malade, on trouve un rétrécissement sans tumeur.

BOYER nous indique une méthode de cathétérisme de l'œsophage analogue à celle employée dans les rétrécissements de l'urètre. « Ainsi, écrivait-il, on a conseillé d'introduire dans l'œsophage et d'y laisser séjourner, des bougies ou sondes de gomme élastique, dont on augmente la grosseur par degré, afin de le rétablir dans son diamètre naturel. On n'a pas craint même de les charger de cathétriques et même de caustiques, pour détruire la portion calleuse ou squirrheuse de ce conduit, mais cette méthode est plus propre à arrêter le mal qu'à le guérir. Aussi elle n'a pas trouvé, et ne trouvera sans doute jamais, aucun partisan parmi les chirurgiens instruits et prudents. »

On voit que BOYER redoute les tentatives de dilatation.

VAN SWIETEN condamne le cathétérisme. « J'ai su, écrivait-il, qu'un chirurgien avait tenté de rouvrir de force le conduit à l'aide d'une éponge fixée à une baleine; le résultat fut très fâcheux, les parties irritées et douloureuses se tuméfient davantage. »

DUPUYTREN employait les cathétérismes comme moyen explorateur ou pour déterminer le siège et le degré du rétrécissement. Son cathéter se composait d'une tige en argent flexible terminée par une petite boule.

Esprit GENDRON faisait ses cathétérismes à l'aide d'une baleine « épaisse d'une ligne, large de deux, longue de seize pouces » et garnie d'une éponge graissée au beurre salé d'alun. Dès que la dilatation pouvait se faire sans difficulté, il laissait le soin à l'entourage

du malade de pratiquer le cathétérisme. Et l'on voyait le mari introduire dans l'œsophage de sa femme, la baleine et son éponge dûment graissée au beurre aluminé! GENDRON faisait jusqu'à trois cathétérismes par jour chez la même malade.

TILLAUX écrivait : « Comme on l'observe pour l'urètre, il est très rare d'arriver, par la dilatation simple, à guérir les rétrécissements cicatriciels de l'œsophage. Quand les tentatives ont été infructueuses, il ne faut pas hésiter à pratiquer l'œsophagotomie interne. »

Tous ces auteurs pratiquaient le cathétérisme de l'œsophage « à l'aveugle », et il ne faut pas s'étonner que les résultats furent souvent désastreux. Mais ils eurent le mérite d'ouvrir la voie aux recherches et de les orienter vers le seul but à atteindre; à savoir, la dilatation de la sténose œsophagienne faite dans le même esprit que celle des voies urinaires.

Leurs successeurs furent mieux armés dans cette recherche; d'une part, la lumière réfléchie par l'emploi du miroir de CLAR, d'autre part la réalisation de tubes à endoscopie ont permis, *in situ* et sous le contrôle de la vue, de pratiquer ces cathétérismes chers à Esprit GENDRON.

DÉSORMEAUX, en 1853, pratiquait, pour la première fois, l'endoscopie des voies urinaires, puis il eut l'idée d'appliquer sa méthode aux rétrécissements de l'œsophage.

KUSSEMAÛL, en 1868, fit la première œsophagoscopie.

MICKULICZ, en 1880, propagea la méthode de KUSSE-

MAÜL, et trouva des adeptes en VON KACKER, KILLIAN et BRUNNINGS.

En France, l'œsophagoscopie compte beaucoup de noms; citons GUISEZ, MOURE, BENSAUDE, MOULONGUET, LEMAÎTRE, SOULAS.

En Amérique, CHEVALIER-JACKSON a contribué largement au succès de la méthode.

## CHAPITRE II

### LES STENOSES DE L'ŒSOPHAGE PAR BRULURES

**Etiologie.** — Les sténoses de l'œsophage par brûlures sont provoquées, presque toujours, par la déglutition volontaire ou accidentelle de liquides caustiques : lessive de soude ou de potasse, eau de Javel, acides sulfurique et chlorhydrique, ammoniacque, sublimé, etc... Les brûlures accidentelles sont plutôt fréquentes chez l'enfant qui avale, en totalité, le liquide avant de se rendre compte de sa méprise. Par contre, l'adulte, s'apercevant de son erreur, crache le liquide et cherche à réparer les méfaits du caustique par les moyens dont il dispose. C'est ainsi que nous avons examiné un jeune homme qui avait bu plus que de raison, la veille, et à qui un camarade zélé fit avaler de l'ammoniacque pour dissiper son ivresse. Mais notre jeune homme, recouvrant sa lucidité et sentant des brûlures le long de l'œsophage, se mit à croquer, sans coup férir, un citron qui était à sa portée. Ce jeune homme, que nous avons vu à plusieurs reprises, depuis bientôt un an, n'a pas fait de sténose, bien que

sa muqueuse buccale, pharyngienne et œsophagienne portait des traces de caustique.

Les brûlures par liquides ou aliments très chauds sont rares.

**Anatomie pathologique.** — Les lésions de l'œsophage sont plus ou moins étendues selon la quantité de caustique ingéré, et selon la thérapeutique immédiate qui a pu être instituée.

**CAS LÉGERS.** — Les brûlures sont limitées à la bouche, au pharynx et aux régions rétrécies de l'œsophage, région aortique et cardia. L'ulcération, qui n'atteint que la muqueuse et parfois la partie superficielle de la paroi œsophagienne, se recouvre bientôt d'escarre qui tombe à son tour pour laisser une plaie bourgeonnante. Cette plaie se cicatrise, mais sous l'influence du spasme ainsi créé, l'ulcération se rétracte progressivement, et un rétrécissement plus ou moins important se produit.

**CAS GRAVES.** — Dans ces cas, les brûlures sont étendues, diffuses, allant du pharynx à l'estomac. Toute la paroi de l'œsophage peut être détruite. L'élimination de l'escarre entraîne d'importants délabrements : perforations, fistules médiastinales... Dans les cas favorables où ne se produisent pas de telles complications, la sténose qui s'installe à plus ou moins brève échéance est souvent complète, et son pronostic est très sévère.

**Diagnostic du rétrécissement.** — Le diagnostic du rétrécissement nous est fourni par trois procédés d'in-

vestigation : la radiographie, l'œsophagoscopie et le cathétérisme.

LA RADIOGRAPHIE doit être faite dès que possible. Elle renseigne sur l'existence, le siège et le nombre de rétrécissements, ainsi que sur l'état des régions sus et sous-jacentes. Le siège de la sténose a une importance capitale en vue de l'œsophagoscopie et des cathétérismes futurs. Telle sténose juxta-aortique rendra l'œsophagoscopie plus délicate et les cathétérismes plus prudents.

L'ŒSOPHAGOSCOPIE permet de préciser *de visu* tous les caractères de rétrécissement. Elle est capitale pour poser le traitement et porter un pronostic. Elle nous montre la forme de la sténose, son siège par rapport à l'arcade dentaire, notion si importante lors des cathétérismes.

LE CATHÉTÉRISME nous renseigne sur le calibre de la sténose et si l'obstacle est franchissable; elle nous indique aussi son siège par rapport à l'arcade dentaire. Mais cette pratique doit être faite après ou pendant l'œsophagoscopie, et ne doit en aucune façon la précéder, en raison des dangers que présente une manœuvre qui échappe au contrôle de la vue. Sans compter qu'elle est sujette à des erreurs.

### CHAPITRE III

## TRAITEMENT ENDOSCOPIQUE DES RETRECISSEMENTS DE L'ŒSOPHAGE

La méthode endoscopique consiste à traiter les rétrécissements de l'œsophage par divers moyens selon les auteurs, mais toujours sous le contrôle de la vue.

Nous avons montré que l'œsophagoscopie doit précéder les cathétérismes, et nous avons montré les raisons. Mais quand doit-on pratiquer l'œsophagoscopie?

Certains auteurs pratiquent immédiatement la dilatation sous-œsophagoscopie, qu'ils répètent tous les jours ou presque, selon l'état du malade.

D'autres auteurs préfèrent attendre la disparition des réactions inflammatoires; ils laissent le malade au repos pendant 8 à 10 jours. Ce n'est que vers le dixième ou le douzième jour qu'ils pratiquent l'œsophagoscopie et la dilatation.

D'autres, enfin, attendent trois semaines, un mois et même deux mois pour intervenir.

Chaque méthode a ses adeptes et ses adversaires. Quoi qu'il en soit, on pratiquera l'œsophagoscopie et l'on s'assurera si l'obstacle est franchissable. Classiquement, on aura donc à envisager divers cas :

Premier cas : L'obstacle est franchissable;

Deuxième cas : Le rétrécissement peut être franchi, mais la dilatation ne peut pas se faire;

Troisième cas : Le rétrécissement peut être franchi et la dilatation est possible.

**L'obstacle est infranchissable :**

Cette éventualité est rare depuis que l'on pratique le cathétérisme sous le contrôle de la vue. On essaiera d'introduire une sonde filiforme, et souvent elle passe à frottement, ce qui indique une sténose fibro-cicatricielle difficilement dilatable. Cette sonde sera laissée en place quatre à cinq heures.

Mais, si la sonde filiforme ne passe pas, il y a bien des chances pour que la sténose soit irréductible; c'est alors que divers auteurs proposaient la gastrostomie. Parfois, après cette opération, les phénomènes de spasme diminuent et la bougie filiforme pénètre dans le pertuis de la sténose. On a aussi préconisé, après gastrostomie, l'œsophagoscopie et le cathétérisme rétrograde, puis la dilatation au fil sans fin.

**Le rétrécissement est franchissable; mais la dilatation ne peut pas se faire :**

Cette éventualité est rare, car le contact permanent de la sonde arrive très souvent à avoir raison de l'obstacle.

Mais, dans tous les cas où le pertuis s'avérait indilatable, certains auteurs avaient recours à l'électrolyse circulaire de GUISEZ.

En cas de rétrécissement valvulaire, on a préconisé l'œsophagotomie interne chirurgicale.

**Le rétrécissement est franchissable et la dilatation est possible :**

Cette éventualité, la plus favorable de toutes, n'offre aucune difficulté. La dilatation se fait sous endoscopie, puis directement.

## CHAPITRE IV

### TRAITEMENT DES STENOSES PAR BRULURES DE L'ŒSOPHAGE PAR L'ÉTINCELAGE ET LA DILATATION

Nous avons traité tous nos malades par une méthode combinée d'étincelage et de dilatation.

Certains de ces malades, que nous suivons depuis plus de deux ans, ont vu leur sténose rétrocéder et se comportent normalement au point de vue digestif; d'autres malades sont en cours de traitement, et tout porte à croire qu'ils bénéficieront des mêmes succès. Voici la méthode que nous avons adoptée et suivie :

**Préparation du malade.** — Dès son hospitalisation, le malade est confié au radiologiste. La radiographie nous renseigne sur le siège et les modalités de la sténose. Dès que ce résultat est connu, nous projetons de faire une œsophagoscopie. Nous n'attendons pas le quinzième ou vingtième jour, que certains auteurs observent, et au bout duquel la sténose a le temps de se constituer solidement. Sans compter que, pendant cette période, l'enfant, ne pouvant s'alimenter, dépérit.

La veille de la séance œsophagoscopique, le malade est mis à la diète complète, et, si besoin est, nous avons recours à des préparations antispasmodiques ou calmantes. Ainsi est-il au repos complet.

La température est prise avec soin; au moindre crochets thermique, la séance est remise à une date ultérieure. Il en est de même si l'examen général montre quelque contre-indication.

**Œsophagoscopie.** — Nous la pratiquons toujours sous anesthésie générale chez l'enfant (chloroforme donné à la compresse). Le tube de GUISEZ est introduit avec infiniment de précaution et est avancé millimètre par millimètre sous contrôle de la vue. Ainsi, nous avons le loisir d'examiner la paroi pharyngée, le larynx, l'œsophage dans toute sa partie saine. Bientôt, nous arrivons dans la région de la sténose. Nous notons son siège par rapport à l'arcade dentaire. Nous examinons la variété de lésion, le pertuis, et nous essayons toujours d'introduire la bougie filiforme; si elle passe, nous la laissons à demeure et nous fixons son extrémité supérieure à l'aide d'un fil dont les deux bouts appliqués sur les joues de l'enfant sont maintenues par un albuplast. Nous avons soin d'attacher les mains du petit malade, qui est mis dans son lit sous surveillance. La bougie est laissée ainsi deux à trois heures. Si l'obstacle est infranchissable par une bride ou une sténose serrée, nous avons recours à l'étingelage.

**Matériel.** — Il se compose d'une longue électrode, type MARION, entourée d'un manchon en verre épais,

soutenue par un manche isolant et reliée à l'électrode active du résonateur d'un appareil à diathermie. Le manchon protecteur en verre dépasse, de quelques millimètres, l'extrémité de l'électrode; de cette façon, le faisceau conique d'étincelles se trouve en partie à l'intérieur du manchon, et seule une partie restreinte arrive en contact avec les tissus. Ainsi, c'est uniquement la zone que l'on désire détruire, qui est atteinte par l'étincelle.

Le diamètre total de l'électrode est de beaucoup inférieur à celui de la lumière du tube de GUISEZ; de cette façon, toute opération faite à bout du tube, n'échappe pas au contrôle de la vue.

Nous réglons le milliampermètre, et nous faisons passer un courant qui varie entre 100 et 300 milliampères.

**Etincelage.** — Toujours sous anesthésie générale, nous introduisons l'électrode dans le tube de GUISEZ et nous détruisons, peu à peu, les brides; si la sténose est serrée, nous amorçons superficiellement le pèrui dans lequel, séance tenante, nous essayons d'introduire la bougie filiforme. Ces séances sont courtes et répétées une ou deux fois par semaine.

Nous n'avons jamais observé d'hémorragie lors des séances d'étincelage; d'autre part, ces séances sont bien tolérées par nos petits malades, chez qui nous n'avons pas relevé de crochet thermique appréciable.

Au fur et à mesure que la dilatation se produit, nous espaçons les séances d'étincelage, et bientôt la dilatation peut se faire sans œsophagoscopie.

**Soins post-opératoires.** — Après chaque séance d'étincelage, le malade est alité, sous surveillance constante. Son alimentation, dès que les liquides passent, consistera, pendant 24 à 48 heures après l'opération, en eau de Vichy glacée, puis en lait glacé. Le troisième jour, le malade est levé.

Tous nos petits malades sont arrivés dans le service ne pouvant même pas avaler les liquides. A plusieurs reprises, nous les avons revus, et récemment encore, nous eûmes l'occasion de constater qu'ils s'alimentent normalement et n'accusent aucune gêne. Néanmoins, périodiquement, nous les examinons, et au moindre indice de gêne dans la déglutition, nous les faisons hospitaliser aux fins d'œsophagoscopie de vérification.

## OBSERVATIONS

---

### OBSERVATION I

Yves P..., 6 ans 1/2

Entre dans le service le 12 juin, pour ingestion de lessive de potasse.

Le radiographie montre un rétrécissement de l'œsophage, au-dessous de la région aortique.

Œsophagoscopie pratiquée cinq jours après l'accident. Le tube franchit aisément la bouche œsophagienne. A 19 cm. de l'arcade dentaire, on trouve un rétrécissement. On note à la partie postérieure du conduit œsophagien une bride végétante qui est détruite à l'étincelage. La sonde filiforme est alors introduite dans le pœrtuis et laissée en place pendant deux heures.

Le 16 juin : œsophagoscopie. La sonde n° 14 passe; elle est laissée en place pendant deux heures.

Le 21 juin : œsophagoscopie. La sonde n° 16 passe. Cette bougie, ainsi que les suivantes, seront laissées en place pendant 1 h. 30 à 2 heures.

Le 25 juin : œsophagoscopie. La sonde n° 18 passe.

Le 28 juin : passage de la sonde n° 20, sans œsophagoscopie.

Le 5 juillet : passage de la sonde n° 25, sans œsophagoscopie.

Le 2 juillet : passage de la sonde n° 22, sans œsophagoscopie.

Le 9 juillet : passage de la sonde n° 28, sans œsophagoscopie.

Le 12 juillet : passage de la sonde n° 25, sans œsophagoscopie.

Le 19 juillet : passage de la sonde n° 22, sans œsophagoscopie.

Le 26 juillet : passage de la sonde n° 22, sans œsophagoscopie.

Le 30 juillet : passage de la sonde n° 22, sans œsophagoscopie.

Du 5 août jusqu'au 1<sup>er</sup> octobre, la sonde n° 22 est passée deux fois par semaine, puis une fois par semaine.

Dès la cinquième séance, le petit malade s'alimentait normalement. Sa courbe de température n'a jamais dépassé 37°5 le soir et 37°2 le matin.

## OBSERVATION II

Elio Z..., 6 ans

Entre dans le service le 22 août 1940, pour absorption de lessive de potasse.

30 août 1940 : œsophagoscopie sous anesthésie générale au chloroforme.

A 20 cm. de l'arcade dentaire, on trouve un rétrécissement à bords très limités. Une petite séance d'étincelage est effectuée sur les bords de la sténose. On essaye la sonde n° 14, qui pénètre et est laissée à demeure pendant deux heures.

9 septembre 1940. — Œsophagoscopie. Sonde n° 14 pendant deux heures.

13 septembre 1940. — Œsophagoscopie et étincelage. Un reflux de liquide gastrique gêne l'opération.

14 septembre 1940. — L'enfant avale un gros morceau de pêche qui provoque un spasme de l'œsophage, et la température monte à 38°9. Il est alité.

16 septembre 1940. — Œsophagoscopie et étincelage central.

23 septembre 1940. — Œsophagoscopie. Sonde n° 16 pendant deux heures.

27 septembre 1940. — Œsophagoscopie. Sonde n° 16 pendant deux heures.

30 septembre 1940. — Œsophagoscopie. L'étincelage commencé n'a pu être poursuivi, en raison du reflux gastrique.

L'enfant quitte le service jusqu'au 18 octobre, date à laquelle il est de nouveau hospitalisé.

18 octobre 1940. — Œsophagoscopie. Sonde n° 18.

21 octobre 1940. — Œsophagoscopie. Etincelage.

25 octobre 1940. — Sonde n° 20, sans œsophagoscopie.

28 octobre 1940. — Sonde n° 24, sans œsophagoscopie.

31 octobre 1940. — Sonde n° 26, sans œsophagoscopie.

4 novembre 1940. — Sonde n° 28, sans œsophagoscopie.

9 novembre 1940. — Sonde n° 30, sans œsophagoscopie.

L'enfant quitte le service le 11 novembre 1940, et est à nouveau hospitalisé le 15 décembre 1940.

16 décembre 1940. — Œsophagoscopie. Etincelage.

L'enfant quitte encore le service le 18 décembre 1940. Il y revient le 9 janvier 1941.

10 janvier 1941. — Sonde n° 28, sans œsophagoscopie, pendant deux heures.

13 janvier 1941. — Sonde n° 30, sans œsophagoscopie, pendant deux heures.

17 janvier 1941. — Sonde n° 28, sans œsophagoscopie, pendant deux heures.

23 janvier 1941. — L'enfant fait une rougeole, passe à l'isolement jusqu'au 14 février 1941.

14 février 1941. — Sonde n° 28, sans œsophagoscopie.

L'enfant quitte le service le 19 février 1941 et revient le 22 mai 1941.

23 mai 1941. — Sonde n° 28, sans œsophagoscopie, pendant deux heures.

26 mai 1941. — Œsophagoscopie et étincelage.

3 juin 1941. — Sonde n° 34, pendant deux heures.

5 juin 1941. — Quitte le service. L'enfant s'alimente normalement et n'accuse aucune gêne.

### OBSERVATION III

Odette T..., 5 ans

Entre dans le service le 12 mai 1941, pour absorption de lessive de potasse.

14 mai 1941. — Radiographie. Rétrécissement juxta-aortique de l'œsophage.

19 mai 1941. — Œsophagoscopie sous anesthésie générale. A 17 cm. 1/2 de l'arcade dentaire, on observe un rétrécissement annulaire, serré, à surface un peu œdémateuse, donnant l'aspect d'une plaie d'amygdaléctomie au quatrième jour. Étincelage léger.

26 mai 1941. — Œsophagoscopie et étincelage léger. La sonde n° 14 pénètre et est laissée en place deux heures.

9 juin 1941. — Œsophagoscopie et étincelage. Sonde n° 14 pendant deux heures.

20 juin 1941. — Œsophagoscopie et étincelage. Sonde n° 14 pendant trois quarts d'heure.

25 juin 1941. — Œsophagoscopie et étincelage. Sonde n° 16.

30 juin 1941. — Œsophagoscopie et étincelage. Sonde n° 18.

4 juillet 1941. — Sonde n° 18 sans œsophagoscopie, laissée deux heures.

7 juillet 1941. — Sonde n° 18 sans œsophagoscopie, laissée deux heures.

9 juillet 1941. — Sonde n° 20 sans œsophagoscopie, laissée deux heures.

11 juillet 1941. — Sonde n° 20 sans œsophagoscopie, laissée deux heures.

14 juillet 1941. — Sonde n° 20 sans œsophagoscopie, laissée deux heures.

16 juillet 1941. — Sonde n° 22 sans œsophagoscopie, laissée deux heures.

23 juillet 1941. — Sonde n° 22 sans œsophagoscopie, laissée deux heures.

25 juillet 1941. — Sonde n° 22 sans œsophagoscopie, laissée deux heures.

28 juillet 1941. — Sonde n° 24 sans œsophagoscopie, laissée deux heures.

30 juillet 1941. — Sonde n° 24 sans œsophagoscopie, laissée deux heures.

1<sup>er</sup> août 1941. — Sonde n° 24 sans œsophagoscopie, laissée deux heures.

4 août 1941. — Sonde n° 26 sans œsophagoscopie, laissée deux heures.

8 août 1941. — Sonde n° 28 sans œsophagoscopie, laissée deux heures.

13 août 1941. — Sonde n° 26 sans œsophagoscopie, laissée deux heures.

20 août 1941. — Œsophagoscopie et étincelage. Sonde n° 28.

L'enfant quitte le service le 25 août 1941 et revient le 22 décembre 1941.

24 décembre 1941. — Œsophagoscopie pour vérification.

L'examen montre une bride très flaccide, mobile, donnant l'image d'une mucosité, mais au toucher, cette bride est souple, quoique étant un véritable diaphragme. L'étincelage coagule toute la zone, et l'œil ne voit plus d'aspect cicatriciel.

2 janvier 1942. — Œsophagoscopie de vérification. Rien à signaler.

L'enfant quitte le service le 6 janvier 1942 sans aucune gêne, ni trouble fonctionnel quelconque. Elle s'alimente normalement.



## CONCLUSION

Nous avons passé en revue les différentes méthodes du traitement endoscopique des rétrécissements de l'œsophage, consécutifs à des brûlures. Sans doute doit-on adopter à chaque cas particulier telle ou telle méthode qui trouve son application, et les raisons qui la font choisir. Il n'en reste pas moins vrai que certaines méthodes ne sont pas à la portée de tous les praticiens, ou demandent une longue expérience.

Nous n'avons cité que pour mémoire les procédés de la sonde à mercure et du fil sans fin; il ne semble pas que ces méthodes aient donné des résultats appréciables. Quant à l'action de l'électrolyse circulaire, elle est trop lente; d'autre part, l'électrolyse n'est pas applicable à tous les cas de sténose, l'olive de l'électrode active (négative) ne pouvant passer par tous les pertuis du rétrécissement, ni détruire les brides cicatricielles.

La méthode que nous avons employée présente des inconvénients facilement évitables : elle nécessite un apprentissage sérieux, sans être toutefois long; l'habileté de l'opérateur, sa dextérité, sa bonne vue, lui permettent de doser l'effet voulu.

Quant aux avantages, nous les résumons ainsi :

— Emploi d'un matériel restreint et d'un manie-  
ment simple; tout praticien peut faire faire, selon ses  
données, une électrode type MARION, mais plus lon-  
gue, pouvant s'adapter au résonateur d'un appareil  
de diathermie;

— Sécurité pour le malade et pour l'opérateur;

— Absence de cicatrice rétractile;

— Dosage de l'action destructrice; la coagulation  
assure la mortification du tissu qu'on veut détruire  
jusqu'à la profondeur désirable sans carbonisation;

— Absence d'hémorragie : la coagulation rétracte  
et cautérise la lumière des vaisseaux;

— Stérilisation automatique de la plaie; la chaleur  
détruit les germes infectieux;

— Absence de choc opératoire; nous n'avons pas  
observé chez nos malades d'élévation thermique;

— Absence de synéchies : les brides détruites par  
la coagulation ne se reforment pas, et n'adhèrent pas  
au tissu voisin, qui ne reçoit pas d'étincelles, étant  
donné la situation de la pointe de notre électrode  
décrite plus haut;

— Enfin, possibilité d'application à toutes les sté-  
noses œsophagiennes sans danger.

On peut se demander dans quelles mesures ne peut-  
on pas ou ne doit-on pas élargir l'action de la coagu-  
lation?... Peut-on réaliser dans certaines sténoses une  
œsophagotomie interne?... Cette opération aurait les  
avantages énumérés de la coagulation, sans aucun des  
inconvenients de l'œsophagotomie chirurgicale.

Les quelques résultats que nous avons déjà obtenus sont un encouragement pour nous. Si cette méthode échoue devant une sténose irréductible, nous pensons que le dernier mot appartient à la chirurgie pour réaliser la gastrostomie.

Quoi qu'il en soit, le médecin d'abord, le spécialiste ensuite, doivent tout mettre en œuvre, chacun à son heure, pour soulager ces malades, et surtout leur éviter la plus dangereuse des complications, la sténose définitive.

|                      |                  |
|----------------------|------------------|
| Vu :                 | Vu :             |
| <i>Le Président,</i> | <i>Le Doyen,</i> |
| LEMAÎTRE.            | BAUDOUIN.        |

Vu et permis d'imprimer :  
*Le Recteur de l'Académie de Paris,*  
Gilbert GIDEL.



## BIBLIOGRAPHIE

CAPO DI VACCA. — *Medicina Pratica, siné methodus cognoscendorum et urandorum omnium humani corporis affectuum.* (Francfort, 1594; Venisi, 1597.)

MONDIÈRE. — *Archives Générales de Médecine*, 1831, 1832, 1833.

GENDRON (E.). — Du cathétérisme curatif du rétrécissement de l'œsophage.

TILLAUX. — Anatomie topographique.

ANSCHULTZ, SEIFFERT. — Sur le traitement par la dilatation des sténoses graves par brûlure de l'estomac. (*Zentralbl. fur Chir.*, T. 61, n° 26, 30 juin 1934, in *J. de Chir.*, T. 45, n° 1, janvier 1935.)

CHABE (M.). — Brûlure de l'œsophage par potasse caustique. Elimination en bloc de toute la muqueuse œsophagienne. Présentation de malade. (*Sté de Méd. et de Chir. de Bordeaux*, séance du 5 juillet 1934, in *La Gazette Hebdomad. des Sc. Méd. de Bordeaux*, n° 37, 16 septembre 1934.)

DAVID GALATZ Fils (R.). — Brûlures de l'œsophage par les caustiques. (*Paris Méd.*, n° 4, 26 janvier 1935.)

DEBEYRE. — Brûlures de l'œsophage. (*Soc. Méd. du Nord*, nov.-déc. 1934, in *Echo Méd. du Nord*, 3 février 1935.)

DELPH (J.-F.). — Esophagus chemical burns. (*S. Clin. North America*, 17. 585. 592. April 1937.)

DIDIER. — Rétrécissement cicatriciel de l'œsophage par ingestion de liquide caustique. (*Soc. Méd. et Anatomo-Clin. Lille*, séance du 12 mars 1935, in *J. des Sc. Méd. Lille*, n° 24, du 16 juin 1935.)

GORIS (G.). — Brûlures et sténoses de l'œsophage avec dé-

- monstration de deux cas. (*Bruxelles Méd.*, n° 20, du 18 mars 1934. *Sté Belge OR. L., S.*, 11 février 1934.)
- GORIS (G.). — Brûlures et sténose de l'œsophage. (*Annales de l'Institut Chirurgical de Bruxelles*, n° 4, du 15 avril 1934.)
- GOUBERT (J.). — La thérapeutique des brûlures et des rétrécissements cicatriciels de l'œsophage. (46<sup>e</sup> *Cong. d'Oto-Rhino-Laryng.*, Paris, 15-18 octobre 1933; in *la Presse Médicale*, n° 93, 22 novembre 1933.)
- GOUBERT (J.). — La thérapeutique des brûlures et des rétrécissements cicatriciels de l'œsophage. (*Communic. Sté Franç. d' O. R. L.*, Paris, 1933, in *Ann. d'Oto-Laryng.*, n° 7, juillet 1934, p. 751.)
- GOUBERT (J.), SAGOLS (H.). — La thérapeutique des brûlures et des rétrécissements de l'œsophage. (*La Vie médicale*, n° 23, du 10 décembre 1933.)
- JACQUES (M.-P.). — Sur la prévention des œsophagites sténosantes par caustiques. (*Bronchoscopie, Œsophagoscopie et Gastrosopie*, juillet 1935.)
- LACROIX-WILD. — Sténose cicatricielle de l'œsophage. Œsophagoscopie, dilatation progressive, guérison. (*Sté de Médecine du Bas-Rhin*, 24 juin 1933, in *Strasbourg Médical*, n° 29, du 15 octobre 1933.)
- LOTHEISSEN. — Le trait précoce des corrosions de l'œsophage. (*Arc. für Klin. Chirurg.*, Berlin V, 187, fasc. 3, 22 décembre 1936.)
- PÉRON. — Technique du traitement de la sténose de l'œsophage après brûlure par les caustiques. (*Atti et Memoria della Società Lombarda di Chirurgia*, n° 2, du 19 janvier 1934.)
- PHELPS (K.-A.). — Early treatment of chemical burns (one case report of advanced stricture with unusual complications right temporal lobe abscess. (*J. Lancet*, 58, 237, 238, may 1938.)
- TERRACOL (M.). — Le traitement des brûlures de l'œsophage. (*Montpellier Médical*, T. III, n° 1, 15 janvier 1933.)
- TERRACOL (M.). — Traitement des brûlures de l'œsophage. (*Le Répertoire méd. pratique*, mai 1934, n° 85.)
- REBATTU et CHARACHON. — Brûlure de l'œsophage. Rejet d'une

- moule œsophagienne de 24 cm. 5. (*Soc. d'oto-rhino-laryng. de Lyon*, séance du 12 mars 1934, in *Annales d'oto-laryng.*, n° 10, octobre 1934.)
- CHABE (M.-A.). — Brûlure de l'œsophage par potasse caustique. Présentation du malade, élimination en bloc de toute la muqueuse œsophagienne. (*Soc. Méd. Chir. de Bordeaux*, 5 juillet 1934, in *Bord. Chir.*, janvier 1935.)
- GRÉGOIRE (Raymond). — L'œsophagoplastie préthoracique des sténoses incurables de l'œsophage. (*Presse Médicale*, n° 8, du 27 janvier 1934.)
- HILAROWICZ (H.) et MICHALOWSKI (E.). — Œsophagoplasties préthoraciques dans deux cas de sténose cicatricielle de l'œsophage. *La Presse Médicale*, du 23 avril 1936.)
- JUNG (A.) et FROELICH (F.). — Œsophagoplastie préthoracique pour sténose cicatricielle de l'œsophage. (*Sté Méd. Bas-Rhin*, in *Strasbourg Médical*, 25 janvier 1935.)
- GUISEZ (J.). — Sténoses cicatricielles par brûlures de l'œsophage. (*Presse Médicale*, n° 73, du 13 septembre 1933.)
- GUISEZ (J.). — De l'électrolyse circulaire endoscopique dans les sténoses cicatricielles graves de l'œsophage. (*Rev. de O. R. L.*, 15 juin 1931, 52<sup>e</sup> ann., n° 11.)
- ROQUES (P.) et GAU (B.). — Un cas de rétrécissement cicatriciel de l'œsophage. Dilatation par le procédé du fil sans fin. (*Bull. et Mém. Sté de Chir. de Marseille*, séance du 25 novembre 1935, n° 9, novembre 1935, pp. 475-479.)
- BRETON (Fr.). — Rétrécissement serré de l'œsophage. Dilatation par voie rétrograde. (*Sté de Méd. du Loiret*, séance du 19 avril 1939, in *Centre Médical Scientif.*, n° 6, juin 1939, p. 137.)
- MOULONGUET, LEMAÎTRE (Yves). — Deux cas de sténose grave de l'œsophage traités par électrolyse circulaire. (*Soc. de Laryng. des Hôpit. de Paris*, séance du 16 mai 1938, in *Les Annales d'Oto-Laryng.*, novembre 1938, n° 11, pp. 1097-1101.)
- MOUNIER-KUHN. — Contribution au traitement des sténoses cardioœsophagiennes. La sonde à mercure. (*Soc. d. O. R. L. de Lyon*, s. D. janvier, p. 651.)
- SOULAS (A.). — Les sondes à mercure et le traitement du

- rétrécissement inférieur de l'œsophage. (*La Presse Méd.*, n° 98, 7 déc. 1938, p. 1807.)
- SOULAS (A.). — Technique du bougirage rétrograde dans les sténoses cicatricielles de l'œsophage. (*Bronchoscop. Œsoph. et Gastros.*, n° 4, octobre 1939, pp. 199-222.)
- DELAGINIÈRE (H.). — Du cathétérisme rétrograde dans les sténoses cicatricielles. (*Cong. Soc. Internat. de Chir.*, rap. I : 748-755, 1932.)
- DUVOIR (M.), BONNET-ROY (F.). — Les sténoses cicatricielles de l'œsophage et leur évaluation médico-légale. (*Paris Médical*, n° 47, 21 novembre 1931, 21<sup>e</sup> ann.)
- MOULONGUET (A.). — *Pratique médico-chir.*, T. VI, 1931, 3<sup>e</sup> édit., Masson, édit., 120, boul. Saint-Germain, Paris.)

## TABLE DES MATIERES

---

|                           |    |
|---------------------------|----|
| <i>Introduction</i> ..... | 11 |
|---------------------------|----|

### CHAPITRE PREMIER

|                                                                                                  |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Etude historique du traitement des sténoses œso-<br>phagiennes du Catheterisme à l'endoscopie .. | 15 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

### CHAPITRE II

|                                               |    |
|-----------------------------------------------|----|
| Les sténoses de l'œsophage par brûlures ..... | 23 |
|-----------------------------------------------|----|

### CHAPITRE III

|                                                                    |    |
|--------------------------------------------------------------------|----|
| Traitement endoscopique des rétrécissements de<br>l'œsophage ..... | 26 |
|--------------------------------------------------------------------|----|

### CHAPITRE IV

|                                                                                                 |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Traitement des sténoses par brûlures de l'œso-<br>phage par l'étincelage et la dilatation ..... | 29 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

|                           |    |
|---------------------------|----|
| <i>Observations</i> ..... | 33 |
|---------------------------|----|

|                          |    |
|--------------------------|----|
| <i>Conclusions</i> ..... | 39 |
|--------------------------|----|

|                            |    |
|----------------------------|----|
| <i>Bibliographie</i> ..... | 43 |
|----------------------------|----|





